Docteur Alexandre ALLANIC
de la Faculté de Médecine de Paris
Interne des Hôpitaux de Nantes
Lauréat de l'Ecole de Médecine 1912
Lauréat de l'Internat des Hôpitaux 1913
Prix Malherbe (Médaille d'Argent)

DUPUYTREN

et

LA NEURASTHÉNIE POST-TRAUMATIQUE

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, Rue de Valois, 7
—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générale	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	GOSSET.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA (Auguste).
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre SEBILEAU.

Agrégés en exercice :

MM.

ALGLAVE.
BRANCA.
CAMUS.
CASTAIGNE.
CHAMPY.
CHEVASSU.
DESMAREST.
GOUGEROT.
GRÉGOIRE.
GUENIOT.
GUILLAIN.
LABBÉ Henri.
LAIGNEL-LEVASTINE.
LANGLOIS.
LECÈNE.
LEMIERRE.
LENORMANT.
LEQUEUX.
LEREBOULLET.
LERI.
LOEPER.
MOCQUOT.
MULON.
NOBÉCOURT.
OKINCZYC.
OMBRÉDANNE.
RATHERY.
RETTERER.
RIBIERRE.
RICHAU.
ROUSSY.
POUVIÈRE.
SCHWARTZ.
SICARD.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.
ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES :

Chirurgiens. — Messieurs les Professeurs VIGNARD, POISSON, FAVREUL, LERAT, JOUON, E. BUREAU, BAHUAUD, Chirurgiens des Hôpitaux.

Médecins. — Messieurs les Professeurs : U. MONNIER, A. MONNIER, BRELET, SÉBILEAU, CASTAGNARY, LE MEIGNEN, Médecins des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOISNARD

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENON,

MÉDECIN DE L'HOSPICE GÉNÉRAL DE NANTES,

MÉDECIN-CHEF DU CENTRE DE PSYCHIATRIE

DE LA XI^e^ RÉGION,

qui nous a inspiré l'idée de ce travail et guidé avec une grande bienveillance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS,

MÉDECIN-EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

DUPUYTREN et la NEURASTHÉNIE POST-TRAUMATIQUE

I. INTRODUCTION

Quand nous avons préparé notre médecine légale, nous avons choisi comme manuel le livre de M. le Professeur Balthazard, et ce qui retint le plus longtemps notre attention, non pas par sa difficulté, car l'ouvrage est d'une grande clarté, mais par son intérêt, ce fut sans conteste le chapitre des accidents du travail. Nous savions, pour en avoir entendu parler souvent par les camarades plus âgés et déjà installés, que, dans l'exercice de la profession médicale, nous pourrions avoir à évaluer des cas difficiles d'incapacité de travail, et que les Compagnies d'assurance ne manqueraient pas de discuter, et de faire discuter, si ce n'est nos honoraires, tout au moins nos évaluations. La neurasthénie post-traumatique nous arrêta particulièrement. Quand et à partir de quel degré pouvait-elle entraîner une indemnité, et quelle indemnité ? L'ouvrier constitue une catégorie sociale intéressante et avec laquelle il faut compter, mais le médecin ne doit ni l'avantager, ni la

frustrer aux dépens ou au profit des Compagnies d'assurance. Et un jour, où nous suivions la visite du Docteur Benon, médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes, nous eûmes l'occasion de voir plusieurs malades atteints précisément de neurasthénie post-traumatique, et nous lui posâmes la question d'indemnité.

« Vous n'ignorez pas, nous dit-il, que, pendant la guerre, il y eut beaucoup de neurasthénies post-traumatiques. (Il était médecin-chef du centre de psychiâtrie de la XI[e] Région.) Il fallait lutter, en quelque sorte, contre les conseils de réforme pour défendre les malades ; chercher à guérir le plus possible de malades, afin de les rendre à l'armée dont il fallait maintenir les effectifs ; enfin, songer aux deniers de l'Etat en limitant le nombre des pensions. Aujourd'hui encore, il reste beaucoup de pensions à liquider. — Ceci se passait en avril 1919. — Je ne vous étonnerai pas, en disant que les experts ne s'entendent pas toujours. On discute encore et l'on discutera longtemps sur cette question. Ce sont les lois sur les accidents du travail, appliquées en Allemagne depuis 1885, en France depuis 1898, qui ont donné à la névrose post-traumatique son intérêt, et suscité les meilleurs travaux sur ce sujet.

On profite beaucoup, en ce moment, de l'expérience qui a montré qu'il valait mieux, pour une Compagnie, liquider une pension de cette nature rapidement que trop temporiser. C'est ce que nous faisons pour les militaires, puisqu'on peut reviser plus tard la pension. Il y a cependant déjà bien longtemps que la neurasthénie post-traumatique est connue. Cette étude est, en effet, vieille de près d'un siècle, car Dupuytren en par-

lait déjà en termes suffisamment précis, comme vous pourrez le voir, si vous voulez lire ses « Leçons cliniques » qui datent de 1832 et 1839. Puisque vous allez bientôt finir vos études médicales, vous auriez là un sujet de thèse intéressant ».

Nous nous sommes rappelé cette conversation au lit du malade, nous avons lu Dupuytren et avons pu juger que les remarques du Docteur Benon étaient fondées. Nous nous sommes d'ailleurs documenté dans le livre qu'il a publié sur les troubles psychiques et nerveux post-traumatiques (1). Au moment où la médecine mentale profitant, comme les autres branches de la médecine, de l'expérience de la grande guerre, va ajouter quelques pages à ses observations déjà longues, nous avons pensé qu'il serait utile de rappeler que c'est à un des plus grands noms de la chirurgie française, Dupuytren, que revient le mérite d'avoir, le premier, parlé en termes nets de la neurasthénie post-traumatique.

(1) R. Benon. Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques. Paris, 1913.

II. DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

de la

NEURASTHÉNIE POST-TRAUMATIQUE

Que faut-il entendre par neurasthénie post-traumatique ?

La neurasthénie post-traumatique, ou asthénie post-traumatique prolongée, est caractérisée cliniquement par L'AMYOSTHÉNIE ET L'ANIDÉATION.

L'*amyosthénie* est un sentiment de faiblesse musculaire, d'abattement, d'anéantissement, en un mot c'est une fatigabilité extrêmement accusée. D'ailleurs, les malades emploient à tout propos le mot de « *faiblesse* », ils se sentent si faibles qu'ils se croient incapables de tout travail.

L'*anidéation* consiste dans la confusion des idées, le trouble de la mémoire et de l'attention, la difficulté de la remémoration ; les malades disent qu'ils ont « *la tête vide* » et qu'il leur arrive parfois de rester sans penser.

Nous n'avons pas l'intention de faire un long chapitre de pathologie sur la neurasthénie post-traumatique, car ces phénomènes névropathiques ont déjà été étudiés en détail depuis la loi sur les accidents du travail en vigueur en Allemagne depuis 1885 et en France seulement depuis 1898. Mais, cependant, nous avons cru

utile, puisque nous nous sommes proposés d'établir un parallèle entre Dupuytren et les auteurs modernes, de rappeler brièvement ce qui est généralement admis aujourd'hui sur ce syndrome.

Avant d'en faire l'étude, il faut dire que la neurasthénie post-traumatique survient à la suite des traumastismes les plus variés, graves ou bénins en apparence, mais surtout à la suite des traumatismes portant sur le crâne, avec perte de connaissance et commotion cérébrale, ou à la suite de grands accidents, comme les accidents de mines et de chemins de fer. Les phénomènes immédiats d'asthénie intense, qui accompagnent tout traumatisme important et qui durent quelques jours ou quelques semaines, s'atténuent tout d'abord considérablement, le blessé se lève, va et vient, mais ne retrouve pas son état « sthénique » antérieur. La période de début commence.

Début. — Il s'agit, en général, d'un homme qui se plaint de phénomènes traduisant sa faiblesse musculaire et idéative. Aucun travail ne l'intéresse, qu'il soit manuel ou intellectuel. Il n'aspire qu'au repos, il s'assoit ou se couche toute la journée sur son lit. Le moindre effort le fatigue rapidement. Au réveil, il se lève péniblement, il se sent lourd, rivé au matelas ; il a de vagues douleurs dans la tête et dans les membres. Il mange peu et mal, dort cependant, s'inquiète légèrement de son état, mais espère la guérison que tout le monde lui promet et que son médecin lui affirme. A ce moment, il n'est encore que passif et ne montre pas d'énervement. Cette période de début, variable avec les sujets, peut aller de quelques semaines à plusieurs mois. Ce sont là, cependant, des symtômes précur-

seurs sur lesquels un clinicien averti ne passerait pas, c'est à eux qu'il ferait remonter le début de la maladie, et c'est pour les avoir méconnus qu'on parle d'éclosion tardive de la maladie, car tous les symptômes s'enchaînent solidement et l'on passe insensiblement à la période d'état.

Période d'état. — Alors apparaissent des symptômes caractérisant vraiment la maladie, les uns fondamentaux et parmi ceux-ci l'asthénie avec les troubles de l'émotivité qu'elle engendre domine le tableau clinique, les autres accessoires comme les douleurs et les vertiges.

L'asthénie est générale et constitue la base de la maladie. Elle atteint toutes les fonctions, d'ordre musculaire et d'ordre mental. Il arrive parfois que des malades la fassent passer après les douleurs, mais c'est par manque d'analyse ou plus souvent par crainte d'insister sur un phénomène que l'entourage ne considère pas comme morbide. Si le médecin recherche ces phénomènes, il les retrouve facilement, car le blessé s'y arrête et les développe avec minutie et précision. Ce ne sont, évidemment, que troubles subjectifs, mais leur importance est primordiale, absolue.

Le malade insiste surtout sur l'amyosthénie, ou faiblesse musculaire, et il s'exprime clairement. « Je n'ai plus de force, je suis abattu, fatigué, épuisé, un rien m'éreinte ; je suis sans courage, sans énergie, sans volonté, je n'ai de goût à rien, il m'est impossible de faire quoi que ce soit. » Aussi aime-t-il à garder l'immobilité, il ne se trouve bien qu'assis ou couché. Le matin, il s'attarde au lit, persuadé qu'il est fatigué et ne pourra rien faire ; et si, par hasard, il a conservé le goût du

travail, il lâche très vite ce qu'il a entrepris, ne pouvant plus continuer, parce que de suite il est à bout de forces. Dans les cas d'asthénie intense, la parole même est pénible, la vue est troublée et la puissance génitale complètement disparue, ce qui n'est pas la moindre de ses préoccupations.

Les troubles de la vue entrent dans l'amyosthénie générale, la contraction du muscle ciliaire se faisant mal ne modifie plus ou modifie insuffisamment la courbure du cristallin et c'est avec raison qu'on les désigne sous le nom d'asthénopie accomodative. Lecture et écriture se font mal ou sont presque impossibles. Le champ visuel est généralement rétréci, il peut parfois paraître normal, car le sujet est encore par moments capable d'efforts.

La constipation (asthénie intestinale) et la brodycardie (asthénie cardiaque) font également partie de l'amyosthésie. Souvent, cependant, la brodycardie fait place à la tachycardie, le pouls monte à 110, 120, mais s'il est rapide il est, en revanche, faible et mal frappé, presque imperceptible.

L'asthénie idéative accompagne toujours l'asthénie musculaire. Si l'on essaie de fixer l'attention du sujet, on remarque très vite que ses idées s'associent mal, ses souvenirs ne lui reviennent pas ou ne lui reviennent que lentement, ses représentations mentales sont confuses ou embrouillées ; il dit lui-même qu'il a le cerveau vide et qu'il lui arrive fréquemment d'être absolument absent et de rester sans penser à rien.

Les troubles de la mémoire et de l'attention sont donc constants, mais l'amnésie est peu remarquée de la famille, c'est surtout le malade qui s'en plaint.

Cette amnésie est une amnésie antérograde de conservation et surtout de reproduction. Depuis son accident, le blessé constate qu'il oublie tout, outils, affaires, rendez-vous, etc. Il pense à ses affaires lorsqu'il n'est plus temps, il songe à aller voir les personnes qui l'attendent quand l'heure est passée. Il n'oublie cependant que rarement le fait (amnésie de conservation) ; le plus souvent, il se le remémore, mais tardivement (amnésie de reproduction).

L'attention volontaire est peu touchée, le sujet exécute un ordre, accomplit un mouvement même compliqué, mais l'effort est extrêmement pénible. L'attention spontanée est beaucoup plus troublée, rien ne l'intéresse, il ne réfléchit pas et c'est ce qui explique ses oublis et ses erreurs.

Les malades ont parfois ce qu'ils appellent des absences. Ils décident de faire une chose et aussitôt ils l'oublient. Ils sortent dans un but et errent au hasard, ils veulent se rendre à un endroit déterminé et ils prennent une direction opposée.

Toute opération un peu compliquée, surtout le calcul mental, est devenu impossible ou tout au moins extrêmement pénible, de même l'écriture et la lecture qui nécessitent des contractions musculaires et une certaine tension d'esprit prolongées.

Troubles du caractère. — Cet état d'asthénie physique et mentale va réagir fortement sur le caractère du sujet, il va devenir un inquiet, un irritable, il s'attriste de sa situation et peu à peu il arrive à ne plus se préoccuper que de son état, il est devenu un hypocondriaque. Il se demande s'il guérira, il voit des complications dans son état, il se croit tuberculeux, paralysé et alors il se

dit : « Que vais-je devenir ? Ma situation est perdue, mon avenir brisé... »

Tous arrivent rapidement à l'énervement. Ils deviennent d'une susceptibilité considérable, s'emportent, injurient, frappent parfois et cela surprend d'autant plus les parents ou les amis que, d'habitude, le patient garde une immobilité à peu près complète.

Il faut signaler une certaine apathie émotionnelle, ils deviennent presque insensibles pour les malheurs familiaux, leur affectivité est très diminuée.

Asthénie, inquiétude, tristesse, énervement, diminution de l'affectivité, voilà un tableau clinique précis qui, bien que purement subjectif, n'en a pas moins une valeur positive et démonstrative.

A ces signes cardinaux s'en ajoutent d'autres qui, bien que secondaires, ont cependant leur importance et se traduisent par des phénomènes douloureux ou des malaises divers.

La céphalée, généralement diffuse, parfois localisée au front ou à l'occiput, ou sur le sommet de la tête, présente le plus souvent des paroxysmes. Parfois, elle prend la forme de céphalée en casque. On note dans le cou, les lombes, les membres, des douleurs vagues, mais quelquefois assez intenses pouvant même devenir déchirantes.

Les vertiges, les étourdissements, les éblouissements sont presque constants. Les éblouissements sont caractérisés par des troubles momentanés de la vue. Dans les étourdissements, le sujet a la sensation que les objets tournent autour de lui ; il les distingue d'ailleurs mal ; il cherche un point d'appui, mais ne tombe pas. Dans les vertiges, non seulement les objets tournent, mais le

sujet a la sensation que lui-même tourne, oscille, que le sol se dérobe sous lui, l'équilibre se perd et le sujet tombe.

On note également des bourdonnements d'oreille unis ou bilatéraux, de la diminution de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

L'inquiétude et l'énervement habituels du malade occasionnent des tremblements généralisés, des sueurs profuses, des crises de suffocation, des malaises généraux. L'insomnie avec cauchemars est rapportée à l'état de plus ou moins grande anxiété du blessé.

Du côté de l'appareil digestif, on note de la diminution de l'appétit ; la langue est blanche et pâteuse ; les digestions sont difficiles et s'accompagnent d'éructation et de ballonnement du ventre.

Complications. — Les complications portent surtout sur les phénomènes psychiques et émotionnels, c'est pourquoi on entend parfois parler des psychonévroses traumatiques. Elles arrivent, en somme, comme des épisodes aigus de la maladie et parmi celles-ci il faut noter l'hypocondrie, la mélancolie, les phobies, le délire de persécution, les accès aigus hallucinatoires.

Hypocondrie. — Tout asthénique a tendance à devenir un hypocondriaque. En effet, se sentant toujours épuisé, il perd courage, se prend à analyser tout ce qu'il ressent ou croit ressentir, il arrive même à surcharger ses sensations subjectives, se croit atteint de tuberculose ; il s'examine, trouve que sa peau n'est pas normale, que ses fonctions digestives sont troublées ; il arrive ainsi à faire des accès de désespoir avec crises de suffocation et tendance au suicide. Mais, en réalité,

il parle plutôt du suicide qu'il ne veut se suicider (tendance au suicide). L'énervement et la colère s'accroissent rapidement.

Mélancolie. — Parfois, le malade est simplement un mélancolique ; il broie continuellement du noir, il est affecté de son état. Rarement, le sujet arrive à s'accuser lui-même, à se croire indigne de vivre. Il arrive quelquefois qu'on observe un mélange de mélancolie et d'hypocondrie. La tendance au suicide est constante.

Phobies. — Les plus habituelles sont l'ogoraphobie et la sidérodromophobie.

Délire de persécution. — Souvent, l'asthénique a des hallucinations et surtout des interprétations délirantes. Il croit que tout le monde lui en veut, que sa famille et son médecin désirent le voir disparaître. Il l'affirme d'après ce qu'il entend dire autour de lui. Ainsi s'organise un délire de persécution qui, le plus souvent, aboutit d'ailleurs à la guérison.

États aigus hallucinatoires délirants avec anxiété. — Les hallucinations sont diurnes et surtout nocturnes, le malade a des peurs, il entend des voix et toujours on dit du mal de lui, on veut lui faire un mauvais parti, ce qui augmente encore ses craintes. Cependant, ce délire hallucinatoire, délire onirique, paraît être plutôt exceptionnel.

Évolution, Marche, Durée, Terminaison du Syndrome. — Comme nous venons de le voir par les complications susceptibles de survenir, l'évolution peut être compliquée d'épisodes variés ; rarement elle se déroule sans à-coups, le sujet traverse des périodes d'amélioration et d'aggravation. Les troubles du carac-

lère sont ceux qui occasionnent le plus souvent ces exacerbations.

La marche est en général lente. Elle peut être rapide et fatale, les cas de mort ne sont pas rares, surtout si le malade est un prédisposé et l'asthénie intense.

La durée et la terminaison sont intimement liées. Tantôt, la neurasthénie traumatique disparaît après quelques semaines, quelques mois (asthénie curable). Tantôt, l'asthénie persiste et passe à la chronicité (asthénie chronique). Tantôt, le malade se cachectise et meurt (asthénie grave). Tantôt enfin, après une plus ou moins longue période asthénique, se développe un état maniaque, comme il n'est pas rare après tout épuisement nerveux.

Si la maladie doit se terminer par la mort, on voit peu à peu la cachexie faire des progrès ; ils s'alimentent et digèrent mal, ils perdent l'espoir de guérir. Puis ils finissent par ne plus quitter le lit, l'amaigrissement devient extrême, le pouls rapide et mal frappé avec hypothymies ; ils sont emportés, en général, au cours d'un état syncopal.

Formes. — D'après l'étude clinique que nous venons de faire, nous pouvons distinguer avec les auteurs modernes plusieurs formes :

A) *D'après l'évolution.* — Ce sont : 1° l'asthénie post-traumatique prolongée ou neurasthénie post-traumatique curable ; 2° l'asthénie post-traumatique chronique.

B) *D'après l'intensité des symptômes.* — On distingue les formes asthénique, hypocondriaque, mélancolique, délirante. L'étude clinique que nous avons faite précédemment nous dispense de nous étendre sur ces formes,

et il suffit de s'y reporter pour en avoir une idée suffisamment nette.

N'ayant pas l'intention de refaire ce chapitre de médecine mentale, mais simplement d'en donner un aperçu pour nous permettre une comparaison avec notre auteur qui écrivait il y a bientôt cent ans, nous nous dispenserons de discuter ici le diagnostic et le pronostic.

III. LES TEXES DE DUPUYTREN
Relatifs au Phénomènes d'Épuisement Nerveux Post-Traumatiques

Nous venons de voir dans un résumé succinct ce que les auteurs classiques décrivaient sous le nom de « neurasthénie post-traumatique ». Comme nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, ce sont surtout les lois sur les accidents du travail qui ont amené les auteurs à donner, pour le plus grand bien des assurés et des Compagnies, les précisions que nous possédons maintenant sur cette question, qui reste plus que jamais d'actualité, parce qu'il y a beaucoup de blessés de guerre et que les assurances obligatoires prennent toujours de l'extension.

Mais si le syndrome a été parfaitement étudié, la bibliographie n'est pas complète. En effet, Dupuytren, comme nous nous proposons de le montrer par de nombreux extraits tirées de ses « Leçons cliniques orales de 1832 et 1839 », mérite de prendre rang parmi les auteurs qui ont contribué à l'étude de la « neurasthénie post-traumatique », non seulement pour l'avoir signalée, mais pour en avoir donné une description presque suffisante encore de nos jours. Nous commencerons d'abord par une observation de Dupuytren lui-même

que nous avons pu retrouver. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle a trait à un traumatisme crânien et que ce sont précisément les blessés du crâne qui sont le plus souvent atteints de « neurasthénie post-traumatique ». Nous donnerons ensuite fidèlement la description de Dupuytren.

OBSERVATION DE DUPUYTREN

GAZETTE DES HÔPITAUX, 1832, VI, p. 26 *(Résumé)*.

Traumatisme crânien : fracture par enfoncement. Coma durant cinq jours. Asthénie musculaire et idéative ; difficulté à s'exprimer; réponses contradictoires; mais compréhension conservée. Fatigue cérébrale rapide. Hémiparésie droite. Amélioration progressive : durée un mois environ.

M.... D..., 37 ans, boulanger, vient, le 5 Février 1832, à la consultation. Il a reçu un coup de pied de cheval dans la région temporale gauche. Il tombe sans connaissance et resta cinq jours dans cet état ; on constate une dépression à l'endroit où a été reçu le coup.

Il a une hémiparésie droite.

Le malade a une *grande difficulté à s'exprimer ;* il ne peut prononcer certains mots, ses phrases sont incomplètes, ses *réponses contradictoires, il ne peut associer ses idées,* quoiqu'il comprenne parfaitement tout ce qu'on dit.

Le 20 février, les facultés intellectuelles semblent s'améliorer, il commence à calculer les bénéfices de son état ; il répond d'abord avec bonheur aux questions qui lui sont posées, mais *si on le fait parler longtemps, il ne tarde pas à déraisonner. Il semble que son cerveau* ou, si l'on veut, son esprit, *se fatigue par un trop long exercice.*

Le 22, il y a peu de changement, dans la manière dont s'exprime le malade. Il compte cependant très bien et sans hésitation aucune, il prononce très bien les noms des nombres simples, comme depuis un jusqu'à dix, et même les plus compli-

qués. En revanche, *il hésite quand on veut lui faire dire une phrase entière ;* il se trouve parfois arrêté par certains mots qu'il lui est impossible de prononcer.

Le 2 mars, il sort, même état.

Le 10 mars, il revient à la clinique : sa femme dit qu'il parle mieux et plus fréquemment. Il semble que les fonctions intellectuelles reprennent leur intégrité.

Voici ce qu'il écrit à propos de la commotion du cerveau (1) :

1er degré. — Un homme tombe-t-il d'une hauteur médiocre sur les talons, les jarrets tendus, ou sur les fesses ou sur les genoux ? ou bien fait-il une chute sur la fesse d'une faible hauteur ? ou bien encore reçoit-il sur cette partie (la tête) un oreiller, un matelas, un lit de plumes, une botte de foin ou de paille, ou tout autre corps d'une densité médiocre ? Il éprouve des éblouissements, des étincelles, des scintillations dans les yeux, des sifflements, des bruissements, des bourdonnements dans les oreilles ; des tremblements spasmodiques dans les muscles, quelquefois des nausées et des vomissements ; les forces musculaires sont momentanément brisées, le corps chancelle et a besoin d'un appui pour ne pas tomber ; mais il n'y a pas, ordinairement, perte entière de l'intelligence et le malade conserve le sentiment de son existence. *Ces symptômes s'affaiblissent rapidement et bientôt se dissipent complètement, sans laisser après eux autre chose qu'une inaptitude plus ou moins marquée pour les opérations de l'intelligence et pour la production des mouvements musculaires.* »

Second degré. — C'est l'exagération des symptômes précédents et leur amplification. Dupuytren écrit : « ... les malades sont dans un état de prostration sur le dos et sans aucun mou-

(1) Dupuytren. Traité théorique et pratique des blessures, publié par Paillard et Marie, 1834, I, p. 253 et suiv., et Leçons orales de clinique chirurgicale, 1839, 2e édition, V, p. 253 et suiv.

vement, les paupières sont rapprochées, les sens obtus et plus ou moins difficiles à exciter, le cerveau est dans un état d'engourdissement qui lui permet à peine de recevoir les impressions qu'ils lui transmettent ; les malades ne voient, n'entendent et ne sentent rien ; cependant, on peut les exciter par des sons aigus, par l'approche d'une vive lumière, par des pincements et des tiraillements ; ils paraissent alors sortir d'un profond sommeil, ils balbutient quelques mots sans suite, sans ordre et quelquefois sans rapport avec les impressions qu'on excite en eux, et ils retombent immédiatement dans la situation d'où ils ont été tirés ; ils semblent avoir été privés de toutes les fonctions de relation, et avoir été transformés, tout à coup, en des animaux dormeurs. En effet, toutes les fonctions de la vie se réduisent, chez eux, à la moindre expression possible ; ils n'en ont juste que ce qu'il faut pour ne pas cesser d'exister. Les pupilles sont larges et immobiles, la respiration est si petite et si douce, qu'elle semble ne pas se faire ; les mouvements du cœur sont imperceptibles, et le pouls si petit et si lent qu'il m'est arrivé, chez certains malades, de ne compter que dix-huit ou vingt pulsations par minute, et si faible que la plus légère pression du doigt suffirait pour le subflamminer. Les membres sont dans un état complet de résolution, cependant ils sont loin d'être paralysés ; car si on les pince fortement, les malades les retirent pour échapper à la douleur. »

Le rétablissement de ces malades se fait lentement, « ... les symptômes diminuent ordinairement, les sens deviennent de moins en moins difficiles à exciter, l'engourdissement du cerveau diminue par degrés et les mouvements se rétablissent peu à peu ». L'évolution n'est pas non plus régulière, « ... il faut souvent huit, dix jours et plus, avant que les malades soient tout à fait rétablis ; pendant ce temps, il y a de fréquentes alternatives d'accroissement et de diminution dans le mal, et les malades, qui ont été le plus heureusement rétablis, conservent une faiblesse des sens, de l'intelligence et des mouvements qui les rend pendant longtemps incapables d'une contention d'esprit soutenue et de tout exercice du corps un peu prolongé. Des

pesanteurs, des maux de tête, des lassitudes dans les membres viennent bientôt les avertir de la nécessité dans laquelle ils sont de se reposer ».

« Nous avons souvent observé que l'affaiblissement des fonctions du cerveau ne portait pas d'une manière égale sur toutes les fonctions de cet organe, que tantôt c'était sur les fonctions relatives à l'intelligence et tantôt sur les fonctions relatives au mouvement, et même que, dans ces deux ordres de fonctions, certaines actions pouvaient être altérées plus que les autres : ainsi, j'ai vu les sphincters de la vessie et du rectum, les muscles des membres supérieurs, inférieurs, droits et gauches, tarder plus ou moins longtemps à se rétablir dans leurs fonctions ; il semble que la commotion ait moins porté sur la totalité du cerveau que sur certaines parties de cet organe... ». « C'est surtout alors que j'ai vu le raisonnement, le jugement et la mémoire altérés à des degrés différents, et quelques malades ne pouvoir pendant longtemps se rappeler, les uns, les noms des lieux ; les autres, les noms des personnes ; ceux-ci, les substantifs ; ceux-là, les adjectifs ; quelques autres, substituer des termes génériques aux noms spécifiques, ou se servir du mot *chose* et d'autres analogues, au lieu des noms propres que leur mémoire ne leur fournissait plus. »

A part ces derniers phénomènes qui relèvent de l'affaiblissement intellectuel ou de l'aphatie, on peut considérer le tableau clinique de Dupuytren comme répondant avec précision à l'asthénie traumatique transitoire ou prolongée.

La description qu'il en fit dans la première édition de ses leçons cliniques (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, tome II, p. 491 et suivantes) nous paraît même meilleure que le texte précédent corrigé et amplifié. Voici, en effet, ce qu'il écrivait au sujet du deuxième degré de la commotion cérébrale : « ... il y a perte subite de connaissance, abolition du sentiment de l'existence, à tel point que les malades (les commotionnés) ne se souviennent de rien quand ils reviennent à eux... » ; peu à peu (trois ou quatre jours après), les mouve-

ments reviennent, « ..., alors, les membres se retirent plus promptement si on les pince, le pouls est plus fort et moins rare, les pupilles sont fatiguées par l'action de la lumière, même à travers les paupières ; les mains se portent entre elles et le corps lumineux ; les malades remuent et changent de place, la parole revient, les besoins renaissent ; ils demandent des aliments et retombent dans un sommeil nouveau de vingt-quatre heures, plus ou moins ; après une ou deux alternatives semblables, leurs facultés intellectuelles reparaissent ; mais ils sont incapables d'une attention soutenue ou de mouvements constants ; ils commencent une phrase et ne la finissent pas ; les mouvements qui s'effectuent sous l'influence d'un instant d'effort et de volonté *restent en chemin*.

« Après quatre, cinq ou six jours, ils sont rétablis, mais les suites sont encore pendant longtemps : une faiblesse, de l'incapacité pour la lecture, pour toute conversation prolongée, pour toute préoccupation d'esprit ; ils commencent une lettre et ne peuvent la finir ; les digestions sont difficiles ; l'affaiblissement de la marche et de l'action des organes génitaux se prolonge pendant assez longtemps ; on a vu l'affaiblissement de cette dernière fonction persister pendant trois ou quatre mois et inquiéter vivement les malades.. »

IV. LES AUTEURS RÉCENTS

Parallèle des Textes de ces Auteurs avec le Texte de Dupuytren

Il résulte des diverses lectures que nous avons faites sur les phénomènes névrosiques post-traumatiques, que les descriptions les plus précises de cette affection sont celles d'Ericksen, Knapp et Köppen. Nous en rappellerons ici les éléments cliniques fondamentaux et elles seront pour nous l'occasion d'un court parallèle avec les écrits de Dupuytren que nous venons de reproduire en détail.

1° ERICKSEN. — Plus de trente ans après Dupuytren, en 1866, et peut-être bien sans avoir connu les leçons du maître, Ericksen (1) publie un travail sur la commotion et les diverses lésions de la moëlle épinière et de ses enveloppes, dans les accidents de chemin de

(1) John Eric Ericksen. On railway and other injuries on the nervous system, London, 1866. Analysé par Vibert, Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1887, t. XVIII, et 1888, t. XIX), et la névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, 1893, p. 44 et 55 (J.-B. Baillière, 171 pages) : réunion du mémoire de 1887-88 et d'un second mémoire paru en 1893 dans les *Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.* sous le titre : Contribution à l'étude de la Névrose traumatique.

fer et de voiture. Il rapporte une quinzaine d'observations, dont plusieurs avec troubles cérébraux, qu'il attribue à l'extension au cerveau de la méningo-myélite chronique. Voici le tableau qu'il trace de ses malades : « La face exprime la tristesse et l'anxiété ; le patient paraît plus vieux que son âge. La pensée est confuse, la mémoire est diminuée. Incapacité de se livrer aux affaires, en raison de l'imperfection de la mémoire, de la confusion des idées, et de l'impossibilité de concentrer quelque temps son attention sur un même sujet. Le caractère est profondément changé : il est devenu triste et irascible. Le sommeil est mauvais, interrompu par des cauchemars. Le patient ressent une douleur à la tête ou bien une tension, un poids, des battements, des étourdissements. Souvent il entend des bruits (bourdonnements, sonneries, rugissements), qui varient d'intensité aux diverses périodes, mais ne manquent jamais complètement et sont une source de tristesse et d'inquiétude pour le malade. Du côté des organes des sens, Ericksen signale la sensibilité à la lumière, allant quelquefois jusqu'à la véritable photophobie, les troubles de l'accommodation, des mouches volantes, des taches, des anneaux colorés, quelquefois de la diplopié et du strabisme ; il y a aussi de l'hyperacousie : tout bruit est pénible ; quelques malades sont en même temps plus ou moins sourds d'une oreille ». La faiblesse musculaire est générale, mais elle prédomine surtout aux membres inférieurs. L'impuissance génitale est habituelle.

Ericksen pratiqua l'autopsie d'un de ses malades. C'était un homme d'âge moyen qui avait été victime d'un accident de chemin de fer ; il ne présentait pas de

blessure extérieure et put d'abord continuer ses occupations, quoique avec beaucoup de peine. Au bout de peu de temps, il dut s'arrêter et graduellement se développèrent des symptômes spinaux et cérébraux ; il mourut trois ans et demi après l'accident. A l'autopsie, on trouva « des traces d'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la substance corticale du cerveau avec des lésions médullaires de même manture ».

Ce travail fut considéré, à tort naturellement, comme nous l'avons montré en citant Dupuytren, comme le premier travail spécial paru sur la névrose traumatique, si bien que la maladie porte son nom et est appelée parfois maladie d'Ericksen.

2° KNAPP. — En 1888, Knapp publie douze observations, choisies presque toutes parmi celles qui concernent des individus ne réclamant pas de dommages-intérêts (1). Quelques-uns des blessés cités souffrent, depuis de longues années — vingt ans et plus — des conséquences de leur accident ; or, les troubles s'étaient à peine amendés ou même aggravés avec le temps.

Comme symptômes les plus fréquents, il signale : la dépression, l'anxiété, la perte de la mémoire, l'impossibilité de fixer l'attention, l'irascibilité, la tristesse, les maux de tête, les vertiges.

Au point de vue pronostic, il distingue les cas légers et les cas graves. Les troubles qui accompagnent les

(1) Ph.-C. Knapp. Affections nerveuses consécutives aux traumatismes : railway-spine, railway-brain, Boston, 1888. — *The Boston méd. and surg. journ.*, 1er et 8 nov. 1888. — *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1890, 7e S., I, p. 77. — *Ann. méd. psychol.*, 1890, XI, p. 335. — *Arch. de neurol.*, 1889, XVII, p. 499.

cas légers « n'empêchent pas toujours le patient de vaquer à ses occupations et parfois même de gagner de l'argent ; mais ils ont fait de lui un tout autre homme, d'un bon compagnon qu'il était autrefois, il est devenu maintenant irritable, déprimé, arrêté et découragé pour un rien, triste, quinteux, insupportable à tout le monde et à lui-même. On regarde cela comme des bagatelles, dit l'auteur, et aucun jury ne voudrait accorder une indemnité à un plaignant pour ce motif. Il n'en est pas moins vrai que ces bagatelles sont ce qui rend la vie heureuse ou malheureuse, que cet état persiste des années et que même le patient peut ne jamais recouvrer son ancien équilibre moral, sa transquillité antérieure et la considération d'autrui. Pour les cas graves, le pronostic est plus mauvais, et il l'est d'autant plus qu'il y a des signes plus nets de lésions organiques. »

En 1900, Knapp (2) revient sur cette question et déclare que les indemnités obtenues sont souvent inférieures au dommage causé et que la longueur du procès assombrit le pronostic.

3° KOPPEN. — En 1900, Köppen a publié un travail dans lequel il exprime cette idée que la névrose traumatique est une affection organique du cerveau « caractérisée par des altérations diffuses ou par de petites cicatrices exerçant une irritation continue (1) ». Il ne distingue pas la « neurasthénie traumatique » prolongée ou chronique de la démence traumatique : il

(2) Ph.-C. Knapp. Neurasthénie et hystérie traumatiques. *Brain*, XX, p. 385, et *Arch. de neurol.*, 1900, I, p. 153.

(1) Köppen. De l'atteinte de l'encéphale à la suite des traumatismes (*Archiv. fur Psychiat.*, 1900, XXXIII, p. 568).

paraît même les confondre. Il fait cependant de l'asthénie traumatique un tableau assez précis :

« En ce qui concerne l'aptitude de ces malades à travailler, il est toute une série de circonstances qui s'y opposent, en dépit de la bonne impression qu'ils font à cet égard. Leurs phénomènes morbides consistant surtout en malaises subjectifs, on se demande s'ils sont dans l'incapacité d'exécuter tel ou tel travail, tout en reconnaissant qu'ils ne sont plus utilisables dans une fabrique bruyante ou sur un échafaudage.

« Ce sont, au demeurant, des malades très oublieux, sujets aux étourderies les plus incroyables. Il faut souvent leur mettre tout par écrit. Leur capacité de penser a souffert ; on le voit parfois dans leur lenteur de cogigitation. Incapables de concentrer leur attention, ils sont lamentables dans les occupations qui procèdent de la conversation, telles que la lecture et les jeux de cartes. Ce qu'ils préfèrent, c'est de rester plongés dans une morne apathie ; tout entretien leur est à charge. Cette allure est tellement caractéristique qu'elle est la pierre de touche pour les distinguer de ceux qui exagèrent leurs plaintes. Ces derniers, au bout d'un certain temps de séjour à l'hôpital, prennent part à la conversation et saisissent avec plaisir l'occasion de tuer le temps en jouant aux cartes, tandis que les vrais malades en question évitent tout jeu, toute conversation, parce que cela constitue pour leur cerveau un trop grand effort.

« On leur conseille de se livrer à une légère occupation physique, mais ils en sont également incapables. L'extrême sensibilité de leur tête les force à éviter tout travail entraînant quelque ébranlement ou des sacca-

des. Ils éprouvent une peine extrême à se baisser et il n'y a guère d'occupation physique qui n'exige cet acte. Quand ils se couchent, le sang leur afflue à la tête, leurs douleurs de tête s'exaspèrent ; ils sont en proie au vertige et ne peuvent plus travailler. Où ils se sentent le mieux, c'est en plein air, sans rien faire, pourvu qu'on les y laisse tranquilles.

« Il se produit des conflits entre la comptabilité des associations professionnelles et eux, parce que les rapports médicaux qui les concernent ne relatent que les plaintes qu'ils font et ne les appuient que de faibles signes objectifs tels que : accélération du pouls, rougeur congestive de la face, autographie de la peau (dermographie), tremblements et incertitude de la station debout, les pieds joints et les yeux fermés, nervosité générale. Ce sont, en effet, ceux que l'on constate d'ordinaire. Et cependant telle est la ressemblance des plaintes formulées par tous ces malades, les signes principaux sus-mentionnés reviennent avec une telle régularité, que l'homonymie des malaises subjectifs permet à elle seule de conclure à leur bien fondé.

« En résumé, le tableau morbide décrit a pour caractère une faiblesse mentale se manifestant par une extrême propension à la fatigue, par un ralentissement de la faculté de penser, par l'incapacité de retenir les impressions, par l'excitabilité, ainsi que par un grand nombre de sensations désagréables, au premier rang desquelles les céphalalgies et les vertiges. »

4° PARALLÈLE DES TEXTES DES AUTEURS. — Lorsqu'on lit les textes d'Ericksen, Knapp et Köppen, que nous venons de citer, on est frappé par les ressemblances qui existent entre les travaux de ces trois auteurs et les écrits de Dupuytren.

En effet, on y retrouve les symptômes caractéristiques du syndrome asthénique post-traumatique : les troubles de l'idéation, les phénomènes d'amosthénie, et les altérations du caractère qui compliquent la maladie. C'est ainsi que Ericksen dit que la mémoire est diminuée, que les idées sont confuses, que le malade a de l'impossibilité à concentrer son attention sur un sujet donné, etc... C'est en somme ce que Dupuytren a désigné en parlant de l'inaptitude pour le malade à se livrer aux opérations de l'intelligence.

De même, Knapp signale la fréquence de la dépression, de la perte de la mémoire, de l'aprosexie.

Köppen également détaille l'inaptitude de ses malades à travailler manuellement ou cérébralement. Ce sont là tous phénomènes que Dupuytren avait signalés. Nous pourrions citer telle phrase de Köppen qui n'est, à quelques mots près, que la reproduction de certaine phrase de Dupuytren. En effet, d'une part Köppen écrit : « ... Ce sont, au demeurant, des malades très oublieux, sujets aux étourderies les plus incroyables..., incapables de concentrer leur attention, ils sont lamentables dans les occupations qui procèdent de la conversation, telles que la lecture... On leur conseille de se livrer à une légère occupation physiques, mais ils sont également incapables. » D'autre part, on lit dans Dupuytren : « Ils sont incapables d'une attention soutenue ou de mouvements constants ; ils commencent une phrase et ne la finissent pas ; les mouvements qui s'effectuent sous l'influence d'un instant d'effort et de volonté restent en chemin... Les suites sont pendant longtemps : une faiblesse, de l'incapacité pour la lec-

ture, pour toute conversation prolongée, pour toute préoccupation d'esprit... »

En somme, il est curieux et intéressant de rappeler l'attention des auteurs sur Dupuytren au point de vue historique, puisque sa description paraît la plus ancienne et présente des qualités remarquables de concision et de clarté qui lui permettent de supporter la comparaison avec les auteurs précédemment cités. En fait, elle témoigne de la valeur clinique du grand chirurgien français.

V. CONCLUSIONS

1° La description faite par Dupuytren des phénomènes que nous désignons aujourd'hui sous le nom de « Neurasthénie post-traumatique », se trouve dans ses « Leçons orales de clinique chirurgicale » de 1832 et de 1839 ;

2° Dupuytren a résumé en quelques phrases remarquables les manifestations dynamiques d'épuisement nerveux post-traumatique. Il dit, notamment, que les symptômes qui suivent la commotion cérébrale se dissipent plus ou moins rapidement, mais laissent après eux « une inaptitude plus ou moins marquée pour les opérations de l'intelligence et pour la production des mouvements musculaires ». Il dit encore : « ... les suites sont pendant longtemps (toujours après les traumatismes crâniens) : une faiblesse, de l'incapacité pour la lecture, pour toute conversation prolongée, pour toute préoccupation d'esprit : ils commencent une lettre et ne peuvent la finir ; les digestions sont difficiles ; l'affaiblissement de la marche et de l'action des organes génitaux se prolonge pendant assez longtemps... » ;

3° Ce sont ces phénomènes spéciaux d'amyosthénie et d'anidéation, décrits par Dupuytren, qui caractérisent essentiellement la « neurasthénie post-traumatique ». Les troubles psychiques d'ordre délirant (délire

hypocondriaque, délire mélancolique, délire de persécution, etc.) ne sont, en effet, que des complications du syndrome asthénique primitif et fondamental ;

4° Ainsi se trouvent établies l'importance historique, en même temps que la précision scientifique des faits cliniques signalés par le grand chirurgien français.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Aikenvald. — Contribution à l'étude des névroses traumatiques, *Moniteur neurol. (Russe)*, 1909, XVI ; *Revue de psych.*, 1909, 132.

Bailley. — Sur l'hystéro-traumatisme au point de vue médico-légal (et les psychoses secondaires), *Méd. Record*, mars 1899 ; *Arch. de neurol.*, 1900, I, 239. — Pronostic de l'hystérie traumatique, *Méd. Record*, août 1901 ; *Revue neurol.*, 1901, 1.181. — La Névrose traumatique ; mosaïque psychologique, *New-York Med. Journ.*, 1910, 62 ; *Revue neurol.*, 1910, I, 649.

Benon (R.). — Psycho-névrose traumatique ou démence traumatique (avec M. Simonin), *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpit.*, 1909 (séance du 26 nov.). — L'Asthéno-manie post-traumatique, *Gaz. des Hôpit.*, 1911, 1.423 et 1.435. — Neurasthénie traumatique suivie de manie, *Cong. des alién. et des neurol.*, Tunis 1912, *Gaz. Méd. de Nantes*, 1912, 641. — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, Paris, 1913.

Bérard. Les C. Denonvilliers Père et Fils, Gosselin. — *Compendium de chirurgie pratique*, II, 603.

Bernheim. — *Neurasthénies et psycho-névroses*, Paris 1908, 75 p.

Blum. — L'hystéro-neurasthénie traumatique *(Railway-spine)*, Paris, 1893.

Bouveret. — La Neurasthénie, épuisement nerveux, Paris, 1891, 247 et 325.

Boyer. — Traité, 5e édit., 1847, IV, 286.

Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III, 441. — *Leçons du mardi*, 1888 et 1889, 36, 133.

Chavigny. — Hystéro-traumatisme et ses conséquences médico-légales dans l'armée, *Soc. de Méd. mil. Franç.*, 1908, 33 ; *Revue de neurol.*, 1909, 83.

Crocq, Fils. — Les Névroses traumatiques, 1896. — *Arch. de neurol.*, 1896, I, 309.

Cullerre. — Des névroses consécutives aux accidents, *Ann. méd. psychol.*, 1891, I, p. 261.

Dagonet. — *Traité des maladies mentales*, 1894 : traumatisme, accidents de chemin de fer, 140, 144.

Desault. — *Œuvres chirurgicales*, pub. par X. Bichat, 1798, 53 à 59.

Dubiau. — Rapport médico-légal sur un accident de chemin de fer, ayant entraîné un accès d'aliénation mentale, *Annal. méd. psychol.*, 1875, II, 95.

Dupuytren. — *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, II, 494 ; 2e édit., V, 253. — *Traité des blessures*, 1834, I, 253.

Ericksen. — *On railway and other injuries of the nervous system*, London, 1866 ; anal. in *The Dublin quaterly journ.*, 1867, 388.

Francotte. — Quelques observations pour servir à l'histoire de la névrose traumatique, de son pronostic en particulier, *Bull. de l'Ac. roy. de méd. de Belgique*, 1903, XVII, 101.

Knapp. — Affections nerveuses consécutives à un traumatisme (commotion spinale, troubles de la moelle et du cerveau, après des accidents de chemin de fer), *The Boston, méd. and surg. journ.*, 1888, in *Arch. de neurol.*, 1889, I, 499, et *Ann. méd. psychol.*, 1890, I, 335. — Neurasthénie et hystérie

traumatiques, Brain, XX, 385 ; *Arch. de neurol.*, 1900, II, 153.

Koppën. — De l'atteinte de l'encéphale à la suite des traumatismes, *Arch. f. psychiat.*, 1900, XXXIII, 568.

Kovalevski. — Psychopathologie légale générale, trad. franç., 1903, II, 266.

Oppenheim (H.). — Nouvelles communications sur les affections du système nerveux qui se rattachent à des lésions céphaliques et des commotions cérébro-spinales (dans l'espèce, accidents de voies ferrées), *Arch. f. psych.*, XVI, 3 ; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 453. — *Les névroses traumatiques*, Berlin 1889, Hirchwald ; *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1889, II, 567.

Page (H.-W.). — *Injuries of the spine and spinal cord without apparent machinal Lesion, and nervous Shok, in their surgical and medico-legal Aspects*, 1885, 2e édition.

Phelps (Ch.). — Tases illustrative of localization of the mental faculties in the prefrontal lobe, *Amér. jour. of méd. sc.*, Philadelphie, avril-mai 1902, CXXIII, 563-594 ; 751-772. — The operative treatement of traumatic intracranial lesions, *New-York Med. Journ.*, 1902, LXXV, 45-49.

Pitres. — De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques, *Progrès Méd.*, 1890, II, 447.

Sand (R). — *La simulation et l'interprétation des accidents du travail*, Paris, 1907.

Vibert. — 1° Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1888, XIX (2e article). — 2° Etude médico-légale sur les conséquences des blessures produites par les accidents de chemin de fer, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1888 (2e article). — 3° *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, Paris, 1888. — 4° La névrose traumatique (deux observations chez des

enfants), *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1892, XXVIII, 139. — 5° Contribution à l'histoire de la névrose traumatique, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1893, XXIX, 97 et 228. — 6° La névrose traumatique. Communication à la Société de Médecine légale, *Ann. d'hyg.*, 1893, XXX, 557. — 7° *La névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues*, Paris, 1893 (réunion de l'étude de 1888 et de l'étude de 1893). — 8° *Précis de Médecine légale*, Paris, 1903. 9° *Les accidents de travail*, Paris, 1906.

Imp. du *Progrès du Nord*, 27, rue de Béthune, LILLE.